

Nombre _____

Prueba de detección de abuso de drogas (DAST-10)

El consumo de fármacos además de los requeridos por razones médicas puede afectar su salud y algunos medicamentos que toma. Ayúdenos a proporcionarle la mejor atención médica posible respondiendo las siguientes preguntas.

Estas preguntas hacen referencia a los **últimos 12 meses**.

- | | | |
|---|----|----|
| 1. ¿Ha utilizado drogas que no sean las que se requieren por razones médicas? | Sí | No |
| 2. ¿Abusa de más de una droga a la vez? | Sí | No |
| 3. ¿No puede dejar de usar drogas cuando quiere? | Sí | No |
| 4. ¿Alguna vez ha tenido desvanecimientos o escenas retrospectivas como resultado del uso de drogas? | Sí | No |
| 5. ¿Alguna vez se siente mal o culpable por usar drogas? | Sí | No |
| 6. ¿Su cónyuge (o padres) se queja(n) alguna vez por su participación con las drogas? | Sí | No |
| 7. ¿Ha abandonado a su familia por su uso de las drogas? | Sí | No |
| 8. ¿Ha participado en actividades ilegales para obtener drogas? | Sí | No |
| 9. ¿Alguna vez ha experimentado síntomas de retraimiento (se ha sentido enfermo) cuando dejó de tomar drogas? | Sí | No |
| 10. ¿Ha tenido problemas médicos como resultado de su uso de las drogas (por ejemplo, pérdida de memoria, hepatitis, convulsiones, sangrado)? | Sí | No |

Para uso del personal

	Bajo riesgo	Riesgoso	Dañino	Dependiente
Puntaje _____	0	1 – 2	3 – 5	6+

